

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Helen Aasmann

Enesevigastamise levimus ja riskitegurid Eesti laste ja noorte seas
Uurimistöo

Juhendajad: Merle Havik ja Kenn Konstabel

Tartu 2024

Enesevigastamise levimus ja riskitegurid Eesti laste ja noorte seas

Kokkuvõte

Uurimistöö keskendub Eesti koolinoorte enesevigastamise riskiteguritele ja levimusele tuginedes Eesti laste vaimse tervise uuringu andmetele. Uuring viidi läbi küsitlusena õpilaste ja nende seaduslike esindajate seas. Osales 492 õpilast üle Eesti vanuses 11–17 aastat. Tulemused näitasid, et enesevigastamine on kõige enam levinud tüdrukute ja 15+aastaste noorte seas. Peamiseks riskiteguriks osutus riskikäitumine, näiteks alkoholi, tubaka ja narkootikumide tarvitamine. Sotsiaalmajanduslik taust ning kiusamine ei olnud olulisteks enesevigastamise ennustajateks. Laste vaimse tervise uuring on ellu kutsunud, et töötada välja noorte vaimse tervise seireks sobiv meetodika. Tulemused võimaldavad Eesti riigil tõhustada ennetusprogramme ning kujundada tervisepoliitikat, mis toetab noorte vaimset heaolu. Uuringu tulemused informeerivad lapsevanemaid, koolipersonali ja tervisevaldkonna eksperte olema tähelepanelikumad riskirühmade suhtes, et enesevigastamist õigeaegselt märgata ja ennetada.

Märksõnad: enesevigastamine, noorte vaimne tervis, riskitegurid

Non-Suicidal Self-Injury Among Estonian Youth: Prevalence and Risk Factors

Abstract

This research focuses on the risk factors and prevalence of non-suicidal self-injury among Estonian schoolchildren, based on data from the Estonian Children's Mental Health Survey. The study was conducted as a survey among students and their legal guardians. 492 students between the ages 11–17 from all over Estonia participated. The results reported that self-harm is most common among girls and young people aged 15+. The main risk factor was risk behavior, such as alcohol, tobacco and drug use. Socioeconomic background and bullying were not significant predictors of self-harm. The Children's Mental Health Survey has been launched to develop a methodology suitable for monitoring the mental health of young people. The results will allow the Estonian government to improve prevention programs and shape health politics that support the mental well-being of young people. Study results inform parents, school personnel and health experts to pay attention to risk groups in order to prevent self-harm in a timely manner.

Keywords: non-suicidal self-injury, youth mental health, risk factors

Sissejuhatus

Enesevigastamine on tahtlik otsene enda kehale füüsilise kahju tekitamine, millega ei kaasne suitsiiditahe (Gratz jt., 2015; Cipriano jt., 2017). Enesevigastamine on tõenäoliselt esinenud inimeste seas kogu aeg, kuid selle analüüsimine on takerdunud definitsioonide vastuolude ja terminoloogia puuduse tõttu (Cipriano jt., 2017). Viimasel ajal on enesevigastamisest rohkem räägitud ning eriti pööratakse tähelepanu sellele, et enesevigastamine on levinum teismeliste ja noorte täiskasvanute seas. Enesevigastamisega kaasneb palju stigmat ja eelarvamusi, kuna tegevus ei ole sotsiaalsete normidega kooskõlas. Inimene harrastab seda tavaliselt privaatsest ning sellest jäävad nahale jäljed (armid, haavad, sinikad jne). Ekslikult on peetud enesevigastamist teismeliste omaseks manipulatiivseks käitumiseks, millega tähelepanuvajadust rahuldada. Kuna enesevigastamine ei ole ühiskondlikult aktsepteeritud tegevus, on seda ka sildistatud vaimseks haiguseks ja teatavasti vaimse tervise häiretega kaasneb samuti palju eelarvamusi. Inimesed, kes enesevigastamisega tegelevad, võivad sellised ühiskondlikud hoiakud internaliseerida, mis omakorda vähendab tõenäosust, et nad otsiksid abi või julgeksid sellest rääkida (Staniland jt., 2021).

Enesevigastamise tõsiduse aste on varieeruv: alustades naha kratsimisest, paraneva haava torkimisest, juuste väljatõmbamisest kuni põletamise, lõikamise ning löömiseni (Halicka ja Kiejna, 2018) ning enamuse enesevigastamisega tegelevaid inimesi kasutavad erinevaid meetodeid. Kõige levinum enesevigastamise meetod on nahakoe lõikamine terava esemega (Cipriano jt., 2017). Enesevigastamist kiputakse nii ajakirjanduses kui ka kliinilises praktikas segi ajama ja samastama suitsidaalse käitumisega. Need tegevused võivad olla omavahel seotud, kuid eesmärkides on mitmeid olulisi erinevusi. Kõige fundamentaalsem erinevus on see, et suitsiidi eesmärk on seotud sooviga väljuda oma teadvusest ning lõpetada elu. Enesevigastamise peamine eesmärk on tekitada kehalist valu, kuid mitte elu lõpetada (Halicka ja Kiejna, 2018). Enesevigastamisel kogetav valu täidab peamiselt kahte eesmärki. Negatiivne sarrustamine - ebameeldivate emotsioonide nagu ärevus, viha, kurbus, häbi jne vähendamine. Positiivne sarrustamine - soov tunda mingit tunnet, rahulolu, elevust, kasvõi valu, et peletada sisemist tühjust ja tuimust (Halicka ja Kiejna, 2018; Selby jt., 2014).

Kuna enesevigastamisele on rohkem tähelepanu alles viimasel ajal pöörama hakatud, on kliinilises praktikas enesevigastamine veel ebaselgelt määratletud. Paljud vaimse tervise spetsialistid juhinduvad oma diagnostikas Ameerika Psühholoogia Ühingu (APA) välja töötatud DSM-ist (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ning Maailma Terviseorganisatsiooni poolt koordineeritud ICD-st (*International Classification of Diseases*). Eestis kasutusel olev RHK (Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon) on ICD eestikeelne versioon ning selles ei defineerita enesevigastamist eraldiseisva häirena, vaid see kuulub piirialase isiksusehäire sümptomaatika alla. Hetkel värskeim, 2013. aastal välja antud DSM-V kirjeldas seekordses versioonis enesevigastamist esmakordselt eraldiseisva häirena, kuid märkusega, et see häire vajab edasist uurimist (Gratz jt., 2015; Gupta jt., 2022).

Enesevigastamist on peetud ekslikult vaid noorte mässavaks käitumiseks, kuid uuringud näitavad, et ka täiskasvanute seas esineb enesevigastamist. Noorte seas on levimus 15-28% ning kogu rahvastikus 7-14% (Halicka ja Kiejna, 2018). Vähemalt 18% inimesi on elus korra enesevigastamisega tegeleenud. Esmase enesevigastamise prevalents on tõusvas trendis vanuseni 12, kõige enam esineb esmast enesevigastamist vanuses 12-14 ning peale seda hakkab levimus vähenema (Plener jt., 2015). Muehlenkamp jt. (2018) leidsid, et inimese vanus esmasel enesevigastamisel võib olla ennustav faktor, kui suure tõenäosusega ning kui raske tõsidusega täiskasvanuna enesevigastamisega tegeletakse. Nad küsitlesid üliõpilasi ja jagasid tudengid gruppidesse selle alusel, mis vanuses nad esimest korda end tahtlikult vigastasid: varajased (enne 12. eluaastat), tüüpilised (13-16 eluaastat) ning hilised (17+ eluaastat) enesevigastajad. Noored, kes alustasid juba enne 12. eluaastat, raporteerisid sagedasemat enesevigastamist ka täiskasvanuna ning nende seas oli hilisemas eas rohkem suitsiidikatsete sooritajaid kui tüüpiliste ja hiliste enesevigastajate seas.

Mitmed uuringud näitavad, et üks enesevigastamise riskifaktor on naissoost olemine (McEvoy jt., 2023; Wang jt., 2022), kuid Cipriano jt. (2017) on oma töös märkinud, et see ei pruugi olla päris tõsi. Naiste kohta on enam statistikat, kuna nende esindatus valimis on sageli suurem. Samuti keskenduvad enesevigastamist uurivad küsimused rohkem sellele, kui palju esineb nahakoe lõikamise teel enesevigastamist ning naiste seas on selline meetod enesevigastamiseks rohkem levinud. Meeste seas esineb enesevigastamist rohkem enese löömise teel (Barrocas jt.,

2012). Barrocas jt. (2012) leidsid kolmanda, kuuenda ja üheksanda klassi õpilaste võrdlemisel, et poiste seas oli raporteeritud enesevigastamist tüdrukutest rohkem kolmandas (poistel 8,5%, tüdrukutel 6,8%) ja kuuendas (poistel 6,6%, tüdrukutel 2,1%) klassis. Üheksandas klassis oli tüdrukute seas enesevigastamise levimus poistest kõrgem (poistel 5,1%, tüdrukutel 18,9%). Martin jt. (2010) leidsid samuti oma uuringus, et vanusegrupis 10-14 esines poiste seas enesevigastamist rohkem, kuid vanusegrupis 15-19 oli naiste seas enesevigastamine levinum. Eestis läbi viidud rahvastiku vaimse tervise uuringu osalejate seas esines tahtlikku enesevigastamist 1,8%-l meestest ning 1,5%-l naistest (Tervise Arengu Instituut, 2022).

Mitmetes uuringutes on leitud, et pere sotsiaalmajanduslik taust on seotud laste vaimse tervisega. Kehvemas sotsiaalmajanduslikus seisus olevatel lastel ja noorukitel on kaks kuni kolm korda suurem tõenäosus vaimse tervise probleemide tekkeks (Reiss, 2013). Baetens jt. (2014) leidsid, et vanemate sotsiaalmajanduslik taust (sissetulek, haridus ja tööpositsioon) on negatiivses korrelatsioonis laste enesevigastamisega. Rootsis läbiviidud uuring leidis sarnase negatiivse korrelatsiooni pere sissetuleku, vanemate hariduse ning enesevigastamise vahel (Lodebo, 2017).

Kiusamine internetis, koolis või mujal mõjutab negatiivselt laste vaimset tervist. Noorukid on eakaaslaste hinnangute osas tundlikumad kui täiskasvanud, kuna nende mina-pilt ja iseseisvus on alles välja kujunemas. Mitmed uuringud on näidanud, et kiusamine on mõjuvõimas riskifaktor enesevigastamisele (Plener jt., 2018; Brown ja Plener, 2017). Lereya jt. (2015) uurisid, milline mõju on lapsena kogetud eakaaslaste kiusamisel ja vanematepoolsel väärkohtlemisel vaimsele tervisele täiskasvanueas. Lastel, keda eakaaslased kiusasid, oli suurem tõenäosus täiskasvanuna kogeda ärevust, depressiooni, enesevigastamist ja suitsidaalsust. Mõlemat riskifaktorit koos analüüsid selgus, et kiusamisega seotud vaimse tervise probleemid esinesid hoolimata sellest, kas laps koges kiusamisele lisaks vanematepoolsel väärkohtlemist.

Enesevigastamine on selgelt seotud vaimse tervisega. Kuigi tegevus iseenesest ei ole defineeritud häirena, ei ole enesevigastamine sotsiaalselt aktsepteeritud käitumine ning on tõenäoline, et enesevigastamine esineb koos mõne teise vaimse tervise probleemiga. McEvoy jt. (2023) leidsid, et psühholoogilised tegurid olid ühed mõjukamad riskifaktorid, mis on seotud noorukite ja noorte täiskasvanute ennastvigastava käitumisega. Kõige enam olid raporteeritud käitumishäired,

isiksusehäired, ärevus ja depressioon. Cipriano jt. (2017) töid välja ka enesevigastamise seosed post-traumaatilise stressihäire, dissotsiatiivse häire, söömishäirete, meeleoluhäirete, sõltuvushäirete ning episoodilise impulsiivse käitumisega.

Uimastite ja alkoholi tarbimine ning suitsetamine on tihedalt seotud vaimse tervise ja heaoluga. Üldtuntud tõde on, et need ained ei mõju hästi vaimsele tervisele, kuna mõjutavad inimese emotsiooni regulatsiooni, tekitavad sõltuvust ning nendest loobumine võib nii füüsiliselt kui vaimselt raske olla. Rogier jt. (2020) töid välja, et ka enesevigastamine on seotud emotsionaalse regulatsiooniprobleemiga. Enesevigastamisega tegelevate noorukite seas esineb sagedamini riskeerivat seksuaalkäitumist, ebatervislikku toitumist ning mõnuainete kuritarvitamist (Cipriano jt., 2017). Kuigi täiskasvanuna enesevigastamise levimus väheneb, siis need, kellel noorukina enesevigastamist esines, kuritarvitasid suurema tõenäosusega hilisemas elus mõnuaineid (Nakar jt., 2016).

Eestis ei ole laste vaimset tervist väga põhjalikult uuritud. Rahvastiku vaimse tervise uuringus koguti andmeid muuhulgas ka 15-17aastastelt noorukitelt, kuid mitte nooremalt. Võrreldes muude vanusegruppidega, esines tahtlikku enesevigastamist kõige enam noorte täiskasvanute vanuserühmas (8,9%). 2022 aastal läbiviidud Hooliva kogukonna noorteuuringus osales 257 õpilast vanuses 11-19, kellelt küsiti teiste tervist puudutavate küsimuste hulgas ka enesevigastamise kohta. Peamiste enesevigastamise riskiteguritena toodi välja konfliktid perekonnas, pere majanduslik olukord, sõprade vaimse tervise probleemid, vähene seotus kooli ja kogukonnaga ning kampa kuulumine (Tervise Arengu Instituut, 2022). Käesoleva uurimistöö aluseks olev Laste vaimse tervise uuring (LVTU) annab ülevaate 8-17-aastaste laste vaimsest tervisest ning subjektiivsest heaolu seisundist. Ühtlasi paneb see aluse edaspidisele regulaarsele Eesti laste vaimse tervise seirele. Uurimistöö eesmärgiks on selgitada välja, kuidas sotsiaalmajanduslik taust, kiusamine ning riskikäitumine mõjutavad Eesti laste ja noorte enesevigastamise levimust ning kuidas need sooliselt ja vanuselisel erinevad.

H1. 15+ vanuses esineb rohkem enesevigastamist, kui 11-14-aastaste vanuserühmas.

H2. Tüdrukute seas esineb rohkem enesevigastamist vanuses 15+, kuid 11-14 vanuserühmas esineb rohkem enesevigastamist poiste seas.

H3. Lapsed, kes kogevad kiusamist või tarvitavad mõnuaineid või kellel on kehvem sotsiaalmajanduslik taust, tegelevad suuremal määral enesevigastamisega olenemata soost ja vanusest.

Meetod

Valim

LVTU uuringu valimisse kuulusid koolid üle Eesti, mis valiti välja juhuslikult, arvestades kooli suurust, õppekeelt ja piirkonda. Eraldi piirkonnad moodustasid Tallinn, muu Harjumaa, Ida-Virumaa ja Tartu. Lääne-Eesti, Kesk-Eesti ja Lõuna-Eesti alla on koondatud mitu erinevat maakonda. Kõigis piirkondades koostati koolide järjestus arvestades hariduse tüüpi (põhi-, kesk- või põhi- ja keskkharidus) ja kooli suurust (suuremad koolid järjestuses eespool). Järjestuse alusel kontakteeruti koolidega, kuni igas piirkonnas oli nõustunud osalema 4-5 kooli. Eesmärk oli saada igas piirkonnas ligikaudu võrdne esindatus vanuserühmades ning osalevate õpilaste koguarv vähemalt 500 igas piirkonnas. Kahes piirkonnas (Tallinn ja Ida-Virumaa) arvestati ka erineva õppekeelega koolide esindatust valimis.

Uuringus osalevate klasside õpilaste lapsevanematele saadeti kooli kontaktisiku poolt vähemalt 2 nädalat enne küsitluse toimumist uuringu infoleht, milles sisaldus link nõusoleku vormile Limesurvey platvormil. Osaleda soovivad lapsevanemad pidid nõusoleku vormi täitma viimasel tööpäeval enne koolis toimuvat laste küsitluspäeva. Esimese informeerimise vormi saatmise järel võis koolipoolne kontaktisik saata vajadusel kuni viis meeldetuletust vanematele nõusolekuvormi ja lapsevanema küsimustiku täitmiseks.

Kui vanem oli osalemisega nõus, sai ta Limesurvey süsteemi kaudu individuaalse uuringukoodi, mis oli vajalik selleks, et laps saaks hiljem küsimustikule vastata ning uuringu läbiviijad saaksid vanema ja lapse küsimustike vastuseid omavahel kokku viia.

Protseduur

Eetilised aspektid ja andmekaitse

Käesoleva uuringu eetilises aspektis võeti ette mitmeid samme, mis kaitsesid uuringus osalejaid. Uuringus osalejaid (lapsi ning lapsevanemaid) informeeriti igakülselt enne uuringu algust. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning osalejatel oli võimalik igal hetkel uuringus osalemisest loobuda otsust põhjendamata. Uuringust oli võimalik loobuda ka pärast uuringu toimumise lõppu, mis juhul andmed kustutati uuringu andmebaasist. Kogutud andmeid analüüsiti pseudoümitult ning tulemusi ei seostatud konkreetsete vastajatega. Uuringu koostamisel arvestati osalevate laste vanust nii, et küsimustik oleks jõukohane ning maht ja sisu sobilik. Mõned küsimused võisid siiski olla tundlikumad (näiteks puudutada konfliktseid peresuhteid, uimastite tarvitamist või vaimse tervise probleeme). Osalevat last informeeriti, et ta ei pea vastama küsimustele, millele ta ei soovi vastata. Uuringus osalejad ei saanud osalemisest otsest kasu, kuid uuringus osalemine andis panuse teaduspõhisele uurimistöole, millest võib tulevikus kasu saada kogu ühiskond. Uuring aitas koguda usaldusväärseid andmeid laste vaimse tervise hindamiseks ning tulemused aitavad kujundada riigi tervisepoliitikat. Teadlikum lähenemine võimaldab planeerida tõhusamat ennetustööd ning varajasi sekkumismeetodeid ning investeerida nendesse valdkondadesse, kus abi vajatakse enim. Kaudne kasu osalejatele võib tulla sellest, et tervist puudutavatele küsimustele vastamine võib tõsta uuringus osaleja teadlikkust enda tervises seisundist.

Andmekogumise etapis on andmed informeeritud nõusoleku vormide kohta, laste küsitlusandmed ning lapsevanemate küsitlusandmed eraldi krüpteeritud kaustades Turu-uuringute AS-i pilvekettal. Pärast andmekogumist antakse andmed üle TAI-le (Tervise Arengu Instituut) ning kustutatakse Turu-uuringute AS-i pilvekettalt. Kuni uuringu lõpuni (31.12.2033) säilitatakse andmeid TAI serveris ning neile on ligipääs vaid uuringuga seotud ning selleks autoriseeritud töötajatel. Peale uuringuperioodi lõppu nõusolekuvormide andmed hävitatakse, küsitlusandmed muutuvad anonüümseteks ja neid säilitatakse tähtajatult. Uuringu läbiviimise on kooskõlastanud Tervise Arengu Instituudi Inimuuringute Eetikakomitee (TAIEK) 27. detsembril 2023. a, otsuse nr 1270.

Uuringu läbiviimine

Lapsevanem sai koolipoolselt kontaktisikult uuringut tutvustava infokirja, kus sisaldus nõusoleku vorm. Uuringus osalev vanem sisestas nõusoleku vormi enda nime ja lapse nime, kooli ning klassi. Vanem sai valida, kas soovib anda nõusoleku osaleda ainult käesolevas uuringuetapis või soovib osaleda ka edaspidises kordusuuringus. Kordusuuringus osalemisele nõusoleku andnud vanemate käest küsiti lisaks nii vanema kui lapse meiliaadressi ning telefoninumbrit. Nõusoleku andmise järel suunati vanem lapsevanema küsimustikku täitma. Limesurvey platvormil salvestati nii vanema täidetud küsimustiku kui nõusolekuvormi andmed eraldi failidesse.

Lapsed, kelle vanemad andsid uuringus osalemiseks nõusoleku, osalesid uuringus koolis koolitunni ajal (45 min jooksul). Küsitluse koostamisel arvestati, et keskmine vastamisaeg oleks 30 minutit. Uuringu läbiviimiseks kasutati kooli või uuringufirma tahvelarvuteid, et vähendada võimalust teiste õpilaste vastuseid näha. Küsitluse viis läbi Turu-uuringute AS-i küsitleja, kes jagas lastele laiali nime järgi unikaalse uuringukoodi, mille iga õpilane uuringu alguses sisestas Limesurvey platvormil. Küsitluse sissejuhatavas osas küsiti õpilaselt nõusolekut praeguses küsitluses osalemiseks ning nõusolekut tulevases kordusuuringus osalemiseks. Kui laps või vanem ei nõustunud kordusuuringus osalema, ei arvestata neid tulevikus kordusuuringu valimisse.

Mõõtevahendid

Laste küsimustik

Küsimustik lastele on kolmes eri versioonis klasside kaupa: 2.-5. klass, 5.-7. klass ja 8.-11. klass. Küsimustik katab teemasid, mis hindavad vaimset heaolu, vaimse tervise probleeme, vaimse tervisega seotud riski- ja kaitsetegureid ning teadlikkust vaimse tervise teenustest. Küsimustik sisaldab ka sotsiaal-demograafiliste küsimuste plokki. Ankeedi koostamisel on kasutatud rahvusvaheliselt kasutusel olevaid küsimustikke, mis võimaldab võrrelda tulemusi mujal läbiviidud uuringutega. Küsimustikus on kaks enesevigastamist puudutavat küsimust, mis on suunatud 5.-7. ja 8.-11. klassidele. Need on eesti keelde kohandatud Hooliva kogukonna

noorteuuringu jaoks ja pärinevad Tahtliku enesevigastamise küsimustikust (Deliberate Self Harm Inventory - DSHI; Gratz, 2001). Esimene enesevigastamist puudutav küsimus oli „Kas Sa oled kunagi tahtlikult vigastanud oma randmeid, käsivarsi või muid kehaosi (jätta arvestamata tätoveeringud, kõrvade ning muude kehaosade augustamine, uimastite süstimine?)“. Sellele küsimusele sai osaleja vastata „jah“ või „ei“ ning neile, kes vastasid jah, esitati jätkuküsimus: „Kas Sa oled kunagi tahtlikult ennast nii tõsiselt vigastanud, et oled selle tagajärjel sattunud haiglasse või vajanud meditsiinilist abi?“, Vastusevariandid olid samuti „jah“ või „ei“. Viimasele küsimusele vastas väga vähe osalejaid „jah“ (15 osalejat), mistõttu käesoleva uurimistöo tulemustes kajastatakse vaid esimese küsimuse vastuseid.

Lapsevanema küsimustik

Lapsevanema küsimustik on kõigile vanematele samasugune, olenemata lapse vanusest, ning sisaldab küsimusi nii vanema kui lapse kohta. Vanemat puudutav küsimustik uurib sotsiaal-demograafilist tausta, vaimset heaolu, vaimse tervise häirete esinemist, vanemana toimetulekut ning hoiakuid vaimse tervise osas. Last puudutavad küsimused on üldise tervises seisundi, vaimse tervise ja tähelepanuprobleemide sümptomite kohta. Vaimse probleemide esinemise korral küsiti ka abi otsimise ja saamise kohta ning une, kehalise aktiivsuse ja hobitegevuste kohta.

Andmeanalüüs

Küsimustike vastuste analüüsiks kasutatakse erinevaid statistilise andmeanalüüsi meetodeid vastavalt uurimisküsimuse eesmärgile (kirjeldav statistika, logistiline regressioon). Andmeid analüüsitakse andmeanalüüsi programmiga JASP.

Tulemused

Uuringus osales kokku 681 last. 182 last kuulusid kuni 10-aastaste vanusegruppi ning ei kvalifitseeru antud uurimistöö valimisse, kuna neilt ei kogutud andmeid enesevigastamise ja perekonna majandusliku seisu hinnangu kohta. 499st vastajast jäi valimist välja veel 7 vastajat, kes ei soovinud oma sugu avaldada või valisid vastusevariandi „muu sugu“. Tabelis 1 on välja toodud kirjeldav statistika 492 valimisse kvalifitseerunud osaleja kohta.

Tabel 1*Kirjeldav statistika uuringus osalejate soo, vanuse ja enesevigastamise kohta.*

Kategooria	N	%	Enesevigastamise esinemine (%)
Vanus			
11–14 aastat	270	54.9	15.3
15+ aastat	222	45.1	30.9
Sugu (kogu valim)			
Poisid	225	45.7	11.6
Tüdrukud	267	54.3	31.4
Sugu (11–14-aastased)			
Poisid	136	50.4	8.9
Tüdrukud	134	49.6	21.8
Sugu (15+ aastased)			
Poisid	89	40.1	15.7
Tüdrukud	133	59.9	41.2
Küsimus: "Kas Sa oled kunagi tahtlikult vigastanud oma randmeid, käsivarsi või muid kehaosi?"			
Ei	379	77	
Jah	109	22.2	
Ei vastanud	4	0.8	

Esimese hüpoteesi uurimiseks viisin läbi logistilise regressioonanalüüsi. Kasutasin mudelis vanust dihhotoomisel skaalal (11-14a ning 15+aastased). Mudel oli statistiliselt oluline $\chi^2 = 16.969$, $p < .001$, $R^2 = 3.4-5.2\%$ (Cox & Snell ja Nagelkerke). Selle ja kõigi järgnevate analüüside puhul on statistilise olulisuse nivoo $p < 0.05$. Tulemused tabelis 2 näitavad, et 15+aastaste vanusegrupis on oluliselt suurem risk tahtlikuks enesevigastamiseks (šansside suhe = 2.477) võrreldes nooremate 11–14-aastaste vanusegrupiga.

Tabel 2*Vanuse mõju enesevigastamise tõenäosusele*

Tunnus	B	Standard- viga	Šansside suhe	z	p	Šansside suhte 95% usalduspiirid	
(Vabaliige)	-1.711	0.17	0.181	-10.085	< .001	0.130	0.252
Vanus (15+ aastased)	0.907	0.224	2.477	4.053	< .001	1.597	3.841

Märkus. Baastasemeks on kategooria: enesevigastamist ei esine, vanus (11-14aastased). B – regressiooni koefitsent

Teise hüpoteesi uurimiseks viisin läbi logistilise regressiooni – kasutades mudelis vanust nii pideval kui dihhotoomsel skaalal. Pideval skaalal vanust kasutades oli mudel oli statistiliselt oluline $\chi^2 = 48.278$, $p < .001$, $R^2 = 9.4-14.4\%$ (Cox & S nell ja Nagelkerke). Tabel 3 näitab, et enesevigastamise riski tõstab nii vanuse kasvamine (šansside suhe = 1.262) kui ka tüdrukute olemine (šansside suhe = 3.296).

Tabel 3*Soo ja vanuse mõju enesevigastamise tõenäosusele*

Tunnus	B	Standard- viga	Šansside suhe	z	p	Šansside suhte 95% usalduspiirid	
(Vabaliige)	-5.357	0.822	0.005	-6.521	< .001	0.001	0.024
Sugu (tüdruk)	1.193	0.251	3.296	4.744	< .001	2.014	5.394
Vanus	0.233	0.054	1.262	4.304	< .001	1.135	1.404

Märkus. Baastasemeks on kategooria: meessugu, enesevigastamist ei esine. B - regressioonikoefitsent.

Vanust dihhotoomselt kasutades oli mudel samuti statistiliselt oluline: $\chi^2 = 42.890$, $p < .001$, $R^2 = 8.4-12.9\%$ (Cox & Snell ja Nagelkerke). Analüüsist selgus, et tüdrukutel on oluliselt suurem tõenäosus end tahtlikult vigastada kui poistel (šansside suhe = 2.858, $p = .004$). Interaktsioon soo ja vanuse vahel ei ole statistiliselt oluline, mis viitab, et enesevigastamise esinemine poiste ja tüdrukute seas ei ole mõjutatud vanusest.

Kolmanda hüpoteesi kontrollimiseks viisin läbi logistilised regresioonanalüüsid uurides mudelites nii kiusamise, mõnuainete tarvitamise kui sotsiaalmajandusliku tausta mõju soo ja vanusega koos. Sotsiaalmajandusliku tausta mõju uurisin lapse ja lapsevanema hinnagu kaudu perekonna rahaseisule ning lapsevanema haridustaseme kaudu.

Kiusamise kohta esitatud küsimusele “kui tihti on Sind koolis viimase paari kuu jooksul kiusatud?” võimalikud vastused olid “mind ei ole kiusatud viimase paari kuu jooksul”, “üks või kaks korda”, “kaks või kolm korda kuus”, “umbes kord nädalas” ning “mitu korda nädalas”. Kiusamise kohta internetis oli küsimus „Kas Sind on viimase paari kuu jooksul interneti kaudu kiusatud?“, mille vastusevariandid olid samad, mis eelmise küsimuse puhul.

Riskikäitumise kohta uuriti osalejatelt mitme küsimuse vältel erinevate mõnuainete tarvitamise kohta: “kas Sa oled viimase 30 päeva jooksul tarvitanud? Sigarette, e-sigarette, muid tubakatooteid (nt snusi ehk mokatubakat või vesipiipu), alkoholi, muid narkootilisi aineid (nt kanepit)”. Osalejad, kes vastasid vähemalt ühele loetelus välja toodud ainele „jah” grupeeriti riskikäitumise „jah” gruppi.

Sotsiaalmajandusliku tausta hindamiseks kasutasin ühe prediktorina lapse hinnangut perekonna rahaseisule. Rahaseisu hindamiseks olid võimalikud valikud „Raha ei jätku söögiks / Jätkub vaid toiduks, maksudeks ja hädavajalike asjade ostuks” (kodeeritud „alla keskmise”), „Saab osta ka muud vähem hädavajalikku/ Saab osta enamvähem kõike vajalikku” (kodeeritud „keskmise”) ning „Võime aeg-ajalt endale osta ka luksuslikke asju” (kodeeritud „üle keskmise”).

Tabelist 4 on näha, et kiusamist internetis esineb vähem kui nõ tüüpilist kiusamist ning mõlemas vanusegrupis on suurim osakaal neil vastajatel, keda ei ole kiusatud. Mõlemas vormis kiusamist esines sagedamini nooremas vanusegrupis. Riskikäitumist esines märgatavalt rohkem 15+aastaste vanusegrupis, kui nooremas vanuses. Valdavalt hinnati mõlemas vanusegrupis perekonna rahaseisu keskmiseks ehk saab osta ka vähem hädavajalikku ning enamvähem kõike vajalikku.

Tabel 4

Kirjeldav statistika lapse hinnangule perekonna rahaseisule, kiusamise ja interneti kaudu kiusamise sageduse, riskikäitumise, soo ja vanuse kohta

Väärtus	11-14aastased				15+aastased			
	Poisid		Tüdrukud		Poisid		Tüdrukud	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kiusamise sagedus								
Ei ole kiusatud	76	59.8%	80	64.5%	72	83.7%	109	83.8%
1-2x kuus	26	20.5%	21	16.9%	9	10.5%	11	8.5%
2-3x kuus	9	7.1%	10	8.1%	2	2.3%	3	2.3%
1x nädalas	9	7.1%	4	3.2%	1	1.2%	3	2.3%
Mitu korda nädalas	7	5.5%	9	7.3%	2	2.3%	4	3.1%
Internetis kiusamise sagedus								
Ei ole kiusatud	113	83.1%	109	82%	79	88.8%	120	90.2%
1-2x kuus	10	7.4%	16	12%	5	5.6%	9	6.8%
2-3x kuus	7	5.1%	2	1.5%	2	2.2%	1	0.8%
1x nädalas	1	0.7%	5	3.8%	1	1.1%	1	0.8%
Mitu korda nädalas	5	3.7%	1	0.8%	2	2.2%	2	1.5%
Riskikäitumine viimase 30 päeva jooksul								
Ei	127	94.1%	120	90.9%	49	55.1%	72	55.0%
Jah	8	5.9%	12	9.1%	40	44.9%	59	45.0%
Hinnang perekonna rahaseisule								
Alla keskmise	1	0.7%	9	6.9%	2	2.2%	3	2.3%
Keskmine	91	66.9%	77	59.2%	49	55.1%	74	55.6%
Üle keskmise	44	32.8%	44	33.8%	38	42.7%	56	42.1%

Koostas kolm mudelit, kus uurisin kiusamise, internetis kiusamise ning riskikäitumise mõju enesevigastamisele soo ja vanusega koos. Esimeses mudelis kodeerisin analüüsi tarbeks kiusamise dihhotoomsele tasemele, kus kiusamine kas esines või ei esinenud. Regressioonimudel

oli statistiliselt oluline $\chi^2 = 57.467$, $p < .001$, $R^2 = 11.2-17.0\%$ (Cox & Snell ja Nagelkerke). Teises mudelis uurisin internetis kiusamise kogemise mõju enesevigastamisele. Kodeerisin internetis kiusamise samuti kahele tasemele (jah/ei). Mudel oli statistiliselt oluline: $\chi^2 = 50.356$, $p < .001$, $R^2 = 9.8-15\%$ (Cox & Snell ja Nagelkerke). Kolmandas mudelis uurisin riskikäitumise mõju. Regressioonimudel oli statistiliselt oluline $\chi^2 = 72.035$, $p < .001$, $R^2 = 13.7-21\%$ (Cox & Snell ja Nagelkerke).

Kolme analüüsi tulemused on kajastatud tabelis 5. Tulemused näitavad, et kiusamise erinevad vormid ei ennusta statistiliselt oluliselt enesevigastamist. Riskikäitumine võib oluliselt ennustada enesevigastamist ning tõenäosus enesevigastamiseks on üle 7 korra suurem võrreldes nendega, kes ei ole tarvitanud mõnuaineid.

Tabel 5

Kiusamise, internetis kiusamise ja riskikäitumise ennustav mõju enesevigastamisele

Tunnus	B	Standard- viga	Šansside suhe	z	p	Šansside suhte 95% usalduspiirid	
Kiusamine (Jah)	0.922	0.615	2.514	1.499	0.134	0.753	8.391
Riskikäitumine (jah)	2.063	0.808	7.867	2.553	0.011	1.614	38.335
Kiusamine internetis (Jah)	0.54	0.71	1.717	0.761	0.447	0.427	6.904

Märkus. Baastaseme kategooriad on: vanus (11-14aastased), meessugu, kiusamist ei esine, internetis kiusamist ei esine, riskikäitumine (ei). B – regressioonikoefitsent. Mudel on kohandatud soo ja vanuse tunnustele

Järgnevalt analüüsisin sotsiaalmajandusliku tausta seoseid. Esmalt lisasin logistilise regressioonimudelisse soo, vanuse ning lapse hinnangu perekonna rahaseisule. Mudel oli statistiliselt oluline $\chi^2 = 52.308$, $p < .001$, $R^2 = 10.2-15.7\%$ (Cox & Snell ja Nagelkerke). Tulemused tabelis 6, näitavad, et lapse hinnang perekonna rahaseisule ei olnud statistiliselt oluline ennustaja enesevigastamisele.

Tabel 6*Lapse hinnang pere rahaseisule, soo ja vanuse ennustav mõju enesevigastamisele*

Tunnus	B	Standard- viga	Šansside suhe	z	p	Šansside suhte 95% usalduspiirid	
(Vabaliige)	-3.045	0.724	0.048	-4.207	< .001	0.012	0.197
Rahaseis (keskmise)	0.847	0.805	2.333	1.053	0.292	0.482	11.293
Rahaseis (alla keskmise)	18.611	1455.398	1.21x10 ⁸	0.013	0.99	0.000	∞

Märkus. Baastaseme kategooriad on: vanus (11-14aastased), meessugu, rahaseis (üle keskmise).

B – regressioonikoefitsent. Mudel on kohandatud soo ja vanuse tunnustele.

Sotsiaalmajandusliku tausta uurimiseks viisin läbi logistilised regressioonanalüüsid ka lapsevanema hinnangu kohta perekonna rahaseisule ning lapsevanema haridustaseme kohta. Rahaseisu hindamiseks olid võimalikud vastusevalikud küsimustikus samad nagu laste küsimustiku puhul. Haridustasemed olid grupeeritud järgnevalt: „Esimese taseme haridus või madalam” (kodeeritud „madalaim”), „Teise taseme haridus, teise taseme järgne ja kolmanda taseme eelne haridus” (kodeeritud: „keskmise”) ning „Kolmanda taseme haridus” (kodeeritud „kõrgeim”). Tabelis 7 väljatoodud statistika näitab, et sarnaselt lastega hindasid mõlema vanusegrupi lapsevanemad perekonna rahaseisu kõige sagedamini keskmiseks ning kolmanda taseme haridusega lapsevanemaid oli uuringus kõige rohkem esindatud.

Tabel 7*Kirjeldav statistika lapsevanema hinnangule perekonna rahaseisule ja lapsevanema haridustase laste soo ja vanuse lõikes.*

Väärtus	11-14aastased				15+aastased			
	Poisid		Tüdrukud		Poisid		Tüdrukud	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lapsevanema hinnang perekonna rahaseisule								
Alla keskmise	14	13.3%	16	16.2%	6	10.3%	14	14.9%

Tabel 7

Kirjeldav statistika lapsevanema hinnangule perekonna rahaseisule ja lapsevanema haridustase laste soo ja vanuse lõikes.

Keskmine	73	69.5%	66	66.7%	43	74.1%	68	72.3%
Üle keskmise	18	17.1%	17	17.2%	9	15.5%	12	12.8%
Lapsevanema haridustase								
Madalaim	9	8.6%	13	12.7%	6	10.2%	7	7.3%
Keskmine	31	29.5%	29	28.4%	13	22%	29	30.2%
Kõrgeim	65	61.9%	60	58.8%	40	67.8%	60	62.5%

Koostasid kaks mudelit kasutades lapse soo ja vanusega koos lapsevanema hinnangut rahaseisule ning lapsevanema haridustaset. Rahaseisu hinnangu mudel oli statistiliselt oluline $\chi^2 = 35.769$, $p = .001$, $R^2 = 9.6-14.6\%$ (Cox & Snell ja Nagelkerke). Haridustaseme mudel oli statistiliselt oluline $\chi^2 = 38.982$, $p < .001$, $R^2 = 10.3-15.5\%$ (Cox & Snell ja Nagelkerke).

Tabel 8 näitab, et lapsevanema haridustase ega hinnang perekonna rahaseisule ei ennustanud statistiliselt oluliselt riski enesevigastamiseks.

Tabel 8

Lapsevanema hinnang pere rahaseisule ja lapsevanema haridustaseme ennustav mõju lapse enesevigastamisele

Tunnus	B	Standard -viga	Šansside suhe	z	p	Šansside suhte 95% usalduspiirid
Rahaseis (keskmine)	0.887	1.089	2.429	0.815	0.415	0.287 20.524
Rahaseis (alla keskmise)	1.041	1.281	2.833	0.813	0.416	0.23 34.921
Haridus (keskmine)	-0.136	0.728	0.872	-0.188	0.851	0.21 3.632
Haridus (madalaim)	0.844	0.896	2.327	0.942	0.346	0.402 13.477

Märkus. Baastaseme kategooriad on: vanus (11-14aastased), meessugu, rahaseis (üle keskmise). B – regressioonikoefitsient. Mudel on kohandatud soo ja vanuse tunnustele.

Arutelu

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli uurida, kuidas erinevad tegurid mõjutavad enesevigastamise esinemist Eesti noorte seas. Analüüsi seoseid soo, vanuse, riskikäitumise, sotsiaalmajandusliku tausta, kiusamise ja enesevigastamise vahel.

Tulemused kinnitasid, et vanuse kasvamine ennustab enesevigastamise esinemist. Nii nooremas (11-14aastased) kui vanemas eas (15+aastased) esines enesevigastamist, kuid vanemas vanuserühmas oli enesevigastamise levimus oluliselt kõrgem. Plener jt. (2015) leidsid, et esmane enesevigastamine toimub kõige sagedamini vanuses 12-14. Antud uuringu andmed ei võimalda öelda, mis ajahetkel või vanuses esimene enesevigastamine toimus ning kas tegemist oli ühekordse või korduva käitumisega, kuid saame kinnitada, et vanuses 12-14 esineb enesevigastamist. Ei saa välistada, et uuringu 15+ vanusegrupis olevad vastajad tegelesid enesevigastamisega sel hetkel kui nad kuulusid nooremasse 11-14aastaste vanusegruppi. Teema edasiseks analüüsimiseks oleks vaja luua täpsemaid enesevigastamise uurimiseks väljatöötatud uuringuid.

Võib siiski arutleda, et vanuses 15+ esineb rohkem enesevigastamist, kuna tõenäoliselt mõjutavad neid rohkemad sotsiaalsed tegurid näiteks surve iseseisvumiseks, esimesed lähisuhted ning nendega kaasnevad tugevad emotsioonid, mille reguleerimiseks vajalikud toimetulekuoskused võivad olla puudulikud (Rogier jt., 2020). Richardson jt (2024) töid välja, et noorukite seas on enesevigastamise ja suitsidaalse käitumise riskifaktoriteks näiteks kogukonna arvamus (stigma vaimse tervise probleemide või seksuaalse orientatsiooni osas), romantiliste suhete laialimine ning kergem ligipääs esemetele, millega ennast vigastada. Eelnevad faktorid on tõenäoliselt aktuaalsemad 15+ vanuses noorukite seas.

Teine hüpotees ei leidnud käesolevas töös täielikku kinnitust. Tüdrukutel oli vanuses 15+ kõrgem risk enesevigastamiseks võrreldes poistega, kuid neil oli ka kõrgem risk vanuses 11-14a. See, et tüdrukuks olemine on riskitegur enesevigastamiseks, on kooskõlas ka varem uuringutes leitudga (McEvoy jt., 2023; Wang jt., 2022). Sarnaselt Cipriano jt. (2017) toodud põhjendusele võib ka siin uuringus rolli mängida see, et naiste osakaal oli suurem, eriti vanusegrupis 15+aastat, kus enesevigastamise levimus oli suurem. Samuti oli praeguse uuringu küsimus enesevigastamise kohta sõnastatud selliselt, et see suunas rohkem mõtlema rannete, käsivarte ja

muude kehaosade terava esemega löikamise peale. Barrocas jt (2012) juhtisid tähelepanu, et poiste seas on levinum enesevigastamise vorm löömine (nt vastu seina rusikaga löömine). LVTU uuringus esitatud küsimuse iseloom võib praeguse uuringu tulemusi kallutada, kuna küsimuses tuuakse näiteid eelkõige türukutele omaste enesevigastamise viiside kohta.

Kiusamise mõju enesevigastamisele on varasemalt uuritud (Plener jt., 2018; Brown ja Plener, 2017) ning leitud, et kiusamine on oluline riskifaktor. Käesolevas uuringus leitud tulemuste põhjal kiusamine (nii päriselus kui internetis) ei olnud riskifaktor enesevigastamiseks. Mõnevõrra üllatavat tulemust võib põhjendada sellega, et kiusamise ennetamise ja vähendamisega koolides tegeletakse süstemaatiliselt. Alates 2012. aastast on Eestis tegutsenud Sihtasutus Kiusamisvaba Kool, mis rakendab Soomes Turu ülikoolis välja töötatud kiusuennetusprogrammi KiVa Eesti koolides. Programmiga on liitunud 126 kooli ning õppekohta (seisuga 8.01.2025). Programm on teadus- ja tõendus põhine ning tugineb ennetustegevustele, kiusamisjuhtumite lahendamisele ning tulemuste hindamisele ja analüüsile. KiVa tulemused üle maailma näitavad, et programm on oluliselt aidanud vähendada kiusamist sealhulgas ka küberkiusamist (Kiusamisvaba kool, 2025)..

Riskikäitumine (alkoholi, tubakatoodete või narkootiliste ainete tarvitamine) oli ennustav faktor enesevigastamiseks, mida kinnitavad samuti ka varasemad uuringud (Cipriano jt., 2017; Nakar jt., 2016). Riskikäitumine on rohkem levinud 15+aastaste seas, kuid riskikäitumise ennustav mõju enesevigastamisele oli sõltumatu soost ja vanusest. Enesevigastamisel ja mõnuainete tarvitamisel võivad olla samad põhjused, mis selgitab nende koos esinemist. Mõlema käitumise puhul võib olla sooviks emotsioonide reguleerimine. Sarnaselt enesevigastamisele võib ka uimastite või alkoholi pruukimise eesmärgiks olla negatiivsete emotsioonide mahasurumine või emotsioonide ja aistingute (nii positiivsete kui negatiivsete) kogemine (Selby jt., 2014).

Varasemates uuringutes leitud seos kehvema sotsiaalmajandusliku tausta ja enesevigastamise vahel käesolevast uuringust kinnitust ei leidnud (Reiss, 2013; Baetens jt., 2014). Lapsevanema ega lapse hinnang perekonna sissetulekule ning lapsevanema haridustase ei ennustanud enesevigastamise riski. Kuna sissetuleku näol on tegemist tundliku küsimusega, mis võib tekitada häbi või piinlikkust, on võimalik, et osalejad hoolimata küsitluse anonüümsusest võisid vältida ausalt vastamist. Tulemus võib ka viidata sellele, et uuringust ei soovinud osa võtta

perekonnad, kelle majanduslik seis on kehvem ning kelle jaoks vaimse tervise teema võis olla tundlik.

Piiranguna võib välja tuua, et LVTU uuringu valim oli oodatust väiksem, sest osalejate kaasamine oli keerulisem, kui eeldati. See võib tähendada, et uuringus osalesid pigem õpilased ning lapsevanemad, kes on keskmisest teadlikumad vaimse tervise olulisusest. Seda väidet toetab ka statistika, et uuringus osalevate lastevanemate seas oli kõige suurem osakaal kõrgharitud lastevanematel. See omakorda tähendab, et tulemused ei pruugi peegeldada esinduslikult populatsiooni tulemusi. Puuduseks on ka enesevigastamise küsimuse sõnastus. Küsimus suunas vastajat ühe konkreetse enesevigastamise meetodi (lõikamise) peale mõtlema (randmete, käte või muude kehaosade vigastamine). Tulemused enesevigastamise kohta oleksid informatiivsemad, kui oleks kaasatud rohkem küsimusi, mis uuriksid ka teisi meetodeid enesevigastamiseks ning uuriksid tegevuse esmakordse toimumise ja sageduse kohta. Samas peab arvestama, et kuna tegemist on alateemaga suuremast uuringust, ei tohiks küsimuste kogus muutuda vastajatele liiga koormavaks. Käesolevat uurimistööd saaks laiendada kaasates teisi võimalikke riskifaktoreid näiteks depressioon, ärevus ning pere- ja lähisuhted, mida LVTU uuringuandmed sisaldavad.

Uuringu tugevuseks on põhjalik eeltöö uuringu küsimuste väljatöötamisel. Valiidsed instrumendid teevad uuringu usaldusväärseks, võimaldavad uuringut korrata, tulemusi võrrelda ning mõõta noorte vaimse tervise näitajaid pika aja vältel. Uuringu põhjal on võimalik teha järeldusi, mida saab kasutada riigi tervisepoliitikat kujundades. Enesevigastamise mõõtmist saaks eelnevalt väljatoodud puuduste põhjal muuta tulevikus paremaks. Praegused tulemused näitavad, et enesevigastamine on noorte seas võrdlemisi levinud, seega väärib see alateema suuremat tähelepanu. Tulemuste otstarbekas kasutamine võimaldab välja töötada tõhusamaid lahendusi riigi tasemel enesevigastamise ennetamiseks ja õigeaegseks märkamiseks. Saadav teave on vajalik lapsevanematele ning koolipersonalile, kes lisaks ennetusele ning probleemi märkamisele oskaksid arvestada ka riskiteguritega. Samuti on tulemused vajalikud tervisevaldkonna ekspertidele, kes saavad täpsema ülevaate noorte vaimsest tervisest, et osutada paremat abi abivajajatele.

Käesolev uuring annab olulise panuse Eesti noorte enesevigastamise probleemi mõistmisse. Tulemused kinnitavad, et vanus, sugu ja riskikäitumine on enesevigastamise olulised

riskitegurid, samas kui sotsiaalmajanduslik taust ja kiusamine ei näi mõju avaldavat. Edasised uuringud võiksid täpsustada küsimusi enesevigastamise kohta, laiendada riskitegurite ja kaitsetegurite nimekirja ning analüüsida, kuidas enesevigastamist tõhusamalt ennetada.

Kasutatud allikad

- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, *130*(1), 39-45. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current psychiatry reports*, *19*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Non suicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in psychology*, *8*, 282818. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium. *Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Final report of the Estonian National Mental Health Study*. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool, 2022.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*, 253–263. <https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Tull, M. T. (2015). Diagnosis and characterization of DSM-5 non suicidal self-injury disorder using the clinician-administered non suicidal self-injury disorder index. *Assessment*, *22*(5), 527-539. <https://doi.org/10.1177/1073191114565878>
- Halicka, J., & Kiejna, A. (2018). Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*, *27*(2), 257-261. <https://doi.org/10.17219/acem/66353>
- Kiusamisvaba Kool. *Kiusamisvaba kool.*. Kasutatud 8. jaanuaril 2025, aadressilt <https://kiusamisvaba.ee/>
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*, *2*(6), 524-531. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)

- Lodebo, B. T., Möller, J., Larsson, J. O., & Engström, K. (2017). Socioeconomic position and self-harm among adolescents: a population-based cohort study in Stockholm, Sweden. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *11*, 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s13034-017-0184-1>
- Martin, G., Swannell, S. V., Hazell, P. L., Harrison, J. E., & Taylor, A. W. (2010). Self-injury in Australia: A community survey. *Medical journal of Australia*, *193*(9), 506-510.
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb04033.x>
- McEvoy, D., Brannigan, R., Cooke, L., Butler, E., Walsh, C., Arensman, E., & Clarke, M. (2023). Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: an umbrella review of systematic reviews. *Journal of psychiatric research*.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.017>
- Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., & Brausch, A. M. (2018). Self-injury age of onset: A risk factor for NSSI severity and suicidal behavior. *Archives of suicide research*.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>
- Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., Parzer, P., ... & Kaess, M. (2016). Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of affective disorders*, *197*, 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.029>
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, *115*(3), 23.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *2*, 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science & medicine*, *90*, 24-31.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>

Richardson, R., Connell, T., Foster, M., Blamires, J., Keshoor, S., Moir, C., & Zeng, I. S. (2024). Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: an umbrella review with meta-analysis. *Journal of youth and adolescence*, *53*(6), 1301-1322.

<https://doi.org/10.1007/s10964-024-01969-w>

Rogier, G., Petrocchi, C., D'aguanno, M., & Velotti, P. (2017). Self-harm and attachment in adolescents: What is the role of emotion dysregulation?. *European Psychiatry*, *41*(S1), S222-S222. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.2214>

Selby, E. A., Nock, M. K., & Kranzler, A. (2014). How does self-injury feel? Examining automatic positive reinforcement in adolescent self-injurers with experience sampling. *Psychiatry research*, *215*(2), 417-423. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.005>

Staniland, L., Hasking, P., Boyes, M., & Lewis, S. (2021). Stigma and nonsuicidal self-injury: Application of a conceptual framework. *Stigma and Health*, *6*(3), 312.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sah0000257>

Tervise Arengu Instituut (2022). *Laste ja noorte riskikäitumise ning vaimse tervisega seotud riski- ja kaitsetegurid 2022. a Hooliva Kogukonna Noorteuuringu põhjal.*

<https://www.tai.ee/et/valjaanded/laste-ja-noorte-riskikaitumise-ning-vaimse-tervisega-seotud-riski-ja-kaitsetegurid-2022>

Wang, Y. J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D. W., Hu, S., & Yuan, T. F. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: a meta-analysis. *EClinicalMedicine*,

46. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Helen Aasmann